

整形外科診療マニュアル

I. 診療科目標

横浜保土ヶ谷中央病院・整形外科は患者の意思を尊重し、安全・安心な医療を行い、また地域医療の基幹病院として、急性期医療および専門医療を通じて地域医療に貢献し、良質な医療人を育成します。診療だけではなく臨床研究にも従事し、国内外の学会発表及び論文発表を行います。

II. 診療体制

整形外科における診療は整形外科部長の管理監督下に行われる。部長不在時には次席の整形外科医師が代行する。

1. 入院診療に関する役割と責任体制

1) 医師の責任体制

当科の入院診療は整形外科部長を中心に各医師が責任をもって患者の診療にあたる。

部長がこれを指導する体制をとり、日々の診療の調整は科内カンファレンスで行う。整形外科入院診療における主治医とは自ら判断し実行しうる能力・資格を有する医師で、該当患者の診療に主たる責任を有する医師を指す。外来で診察し入院を指示した医師が原則として主治医になるが、手術の執刀医が主治医になる場合もある。その医師が日本整形外科学会認定整形外科専門医の資格を有さない場合には、各部長の指導・監督のもと診療を担当する。診療録・オーダーリング画面・入院診療計画書・入院指示簿に主治医名を明記する。主治医不在時は、他の整形外科医が主治医を代行する。

整形外科診療部長は入院診療についても最終的な責任を有する。

2) 治療方針の決定

患者の治療方針は、カンファレンスで十分に病状の検討を行い十分な協議のもとで治療方針を決定する。主な疾患の治療方針は整形外科の代表的疾患ガイドラインに沿って決定される。主治医もしくは担当医は毎日担当患者を診察して病状を把握しなければならない。緊急性の高い場合には可能な限り的人数を集めて緊急カンファレンスを行う。

3) 退院の決定

患者の退院は主治医および部長の責任で許可を行い、日程は病棟師長に調整を依頼する。

4) リハビリテーションカンファランス（多職種カンファレンス）の開催と意義

入院患者について、医師・病棟看護師およびPT・OT、栄養師、退院調整看護師などを加えて以下の目的でカンファランスを月 2 回定期開催する。また各スタッフが必要と判断した際には不定期に適宜開催する。

1. リハビリテーション中の患者に対する検査・治療方針の検討。
2. 医師・病棟看護師・PT・OT、退院調整看護師と患者の病態・情報の共有。
3. 患者・家族の希望・要望を共有し、特に自宅退院できないような場合、リハビリテーション目的の転院や介護施設への転出を円滑に実施する。
4. 各医師間における診療の質の向上と均一化。

5) 診察・診療録

1. 主治医名、診断名、主訴、入院の目的、現病歴、既往歴、アレルギーの有無、入院目的等は入院後速やかに診療録に記載する。
2. 患者の訴え、所見、病態などについて主治医あるいは担当医は、毎日診察を行い、診療録に速やかに記載する。

2. 外来診療に関する役割と責任体制

1) 診療医および外来診療体制

外来診療は原則としてすべての常勤医師が行う。専門医以外の医師が外来診療を行う際には、必要に応じて専門医に診療方針等を相談する。また、基本的に毎日 1 回科内で、外来患者クリニカルカンファレンスを行う。

2) 治療方針の決定

主な疾患の治療は整形外科に関する本邦の治療ガイドラインや当科の診療科マニュアルに従って行う。その他、新患患者の治療方針および術式の決定、診療が難しいと判断される症例はかならず科内カンファレンスで検討し、参加医師間で情報共有を行う。

3) 手術適応や入院の決定

入院の決定は、原則として患者を診察した医師の責任に於いて行われる。判断に窮する場合は随時上級医に相談する。難渋する症例では整形外科カンファレンスにおいて治療方針を討議する。専門医を持たない医師の場合は原則として上級医と相談してから判断する。入院後の検査・治療方針の説明は原則として入院前に本人・家族に十分に説明し同意を得て、外来カルテに入院の必要性を記載し、入院申し込みを行う。手術、処置目的の場合は台帳にもこれを記載する。内容は入院診療計画書により文書で患者に交付する。

4) セカンドオピニオン

診療にあたっては患者の権利としてセカンドオピニオンを聞く権利があることが保証されている。治療内容についてのインフォームド・コンセントに際し、セカンドオピニオンを聞く権利についても説明し、セカンドオピニオンを希望する患者には速やかにセカンドオピニオンのための紹介状、検査資料を用意する。また他院からのセカンドオピニオン希望には、原則整形外科部長が担当するものとする。

3. 時間外、緊急時対応

時間外の緊急時には当番医（オンコール医もしくは当直医）が時間外受診の必要性の判断を含めて責任を持って診療にあたる。当番医が必要と判断した際には部長医師または連絡のつく他の当科医師に相談する。患者の状況と緊急性に応じて他科医師に応援を求める。患者診療における不都合（患者とのトラブル）、医療事故および災害が生じた場合など必要に応じて、迅速に整形外科診療部長に報告する。

Ⅲ. 検査・手術・治療の説明と同意

1. 説明と同意

侵襲を伴う処置・検査を行う場合には、それらの内容・必要性・安全性・代替治療等について説明書を用いて事前に患者・家族に良く理解できるよう十分説明する。治療方針の決定・計画には患者・家族の意見を尊重し、理解・同意が得られたことは同意書により確認しカルテに記載する。また、疑問点が解決できない場合や納得できない場合など、セカンドオピニオンという方法があることを説明し、患者の自己決定権を尊重する。

2. 整形外科外来における同意を要する主な検査・処置

1) 脊髄硬膜外ブロック、神経根ブロック

診断・治療を必要とする場合に、帰宅可能であることを前提に行う。

a) 事前に患者自身とともに本人確認を行う。ブロックの方法、効果、起こりうる危険性を説明し同意書をもって同意を得る。特に局所麻酔薬と造影剤のアレルギーや抗凝固剤の内服の有無は必ず聞く。

b) 穿刺部位の確認を行い、看護師は患者のバイタルチェックをするとともに患者の心配・不安にも耳を傾け対応する。使用する薬剤は2人以上で薬品名を確認し、使用時に声を出して受け渡す。

c) バイタルチェックの確認後、特に麻痺のないことを確認して帰宅とするが、筋力低下、歩行障害、が生じた場合はさらに安静時間を延長する。必要があれば末梢静脈輸液ルートを確認するなどの処置を行う。重篤な麻痺、膀胱直腸障害が生じた場合は、入院の上、MRI 撮像などの対応をとる。

a) 局所麻酔薬の作用時間以上でも麻痺が続く場合は、血腫形成による麻痺等を考慮して入院の上、MRI 撮像などの対応をとる。

2) 自己血貯血

院内の輸血療法マニュアルに従う

IV. 整形外科領域における各疾患の診療について

各疾患の診療は、それぞれ学会などのガイドラインなどに準拠し標準的な医療の提供に努める。診療の標準的な内容は各ガイドラインを参照。

V. 整形外科診療における倫理的に問題となりやすい事柄対して

1. 診療の妥当性についての問題

- 患者に不利益をもたらさないため、検査・治療の適応を医学的に的確に判断。
- 患者の意思や患者の社会性を考慮した治療計画の立案。
- 十分に説明し理解を得るイオンフォームド・コンセント。

2. 倫理的に問題となりやすい事柄に対して

患者の意思を尊重し、患者・家族・看護師・SW等と相談して検討する。

VI. その他

1. 患者情報などの取り扱いには十分留意し、個人情報管理を徹底する。
2. 患者情報など診療科内で良好なコミュニケーションを保ち、安全な医療な医療、患

- 者さんの意思を尊重した医療を行う。
3. 患者さんが理解できる説明によるインフォームド・コンセントを行い、セカンドオピニオンを保証する。
 4. クリニカルカンファレンス（入院、術前、術後、入院患者、外来症例）を毎週行う。
 5. 管理者会議報告、各種委員会報告を適宜行い院内の諸事項を診療科内で周知する。

VII. 整形外科における代表的疾患ガイドライン

以下に代表的な疾患の当院における診療ガイドラインを記載する。

(I) 変形性関節症

- 病態生理：加齢、微小外傷、遺伝的素因などから関節軟骨の摩耗・消失、軟骨下骨の摩耗を生じ関節が変形し疼痛、機能障害を生じる。主に膝、股関節、足関節などの下肢荷重関節に生じる。また上肢を酷使する作業、スポーツ活動に従事する例では、肩、肘などに生じることもある。
- 診断と鑑別：単純X線により、関節の変形、関節裂隙の消失・減少を認める。各種関節炎を除外するため、血液検査を施行し特に感染、リウマチ性疾患を除外する。CT、MRI が診断に有用なことがある。
- 治療法：変形が軽度の場合は外来にて保存療法を行う。機能障害、疼痛が高度な例では人工関節置換術、骨きり術が適応となる。

(2) 変形性脊椎症

- 病態生理：加齢、遺伝的素因などから脊椎症性変化、黄色靭帯の肥厚などからを生じ、脊髄神経への圧迫により疼痛、麻痺を呈する疾患である。頸椎症性脊髄症、腰部脊柱管狭窄症が代表的疾患である。脊柱管に狭窄が生じると頸椎・胸椎では脊髄症あるいは神経根症、腰椎では馬尾障害、神経根症などを生じる。障害高位の疼痛、感覚障害、筋力低下、さらには膀胱直腸障害を生じる。
- 診断と鑑別：単純X線により、脊椎変形、骨棘、椎間板高の低下・消失、アライメント不良を認める。脊椎炎、脊椎腫瘍を除外するため、血液検査、CT、MRI が診断に有用である。脊柱管の狭窄状況を知るために、MR1 は極めて有用である。
- 治療法：まず外来にて保存療法を行う。投薬、ブロック療法、理学療法を一般的には3カ月程度行う。投薬、ブロック療法無効例に対しては手術を考慮する。神経障害、疼痛が高度、あるいは膀胱直腸障害例では早期の手術が適応となる。手術は除圧単独または脊椎固定術を病態に応じて行う。

(3) 外傷（スポーツ外傷）、大腿骨転子部・頸部骨折

- 病態生理：外力により様々な骨折、関節脱臼、靭帯損傷が生じる。大腿骨近部、前腕遠位部、上腕骨近位部は骨粗しょう症例では転倒により容易に骨折が生じる。
- 診断と鑑別：病的骨折を除外診断する。多くは理学所見、単純X線にて診断する。関節内骨折などの評価にはCTが有用である。
- 治療法：転位がなければギプスなど保存療法、転位があれば観血的整復固定術が施行される。早期離床、リハビリテーションのため手術が選択されることが多い。